

Universidade de Lisboa

Faculdade de Farmácia



**Caraterização da Medicação em Idosos
medicados**

**A Adesão à Terapêutica em Portugal
(Estudo Piloto)**

Jessica Filipa Roque

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

2017

**Universidade de Lisboa
Faculdade de Farmácia**



Caraterização da Medicação em Idosos medicados

A Adesão à Terapêutica em Portugal (Estudo Piloto)

Jessica Filipa Roque

**Monografia de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
apresentada à Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia**

**Orientador: Doutora Filipa Duarte-Ramos, Professora Auxiliar
da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa**

2017

Resumo

Introdução: Atualmente, devido ao progressivo envelhecimento demográfico, com um maior risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, e com o contínuo esforço em investigação de novos fármacos, é uma certeza que a polimedicação e a consequente problemática da adesão à terapêutica serão realidades em crescendo na sociedade contemporânea. Por constituir um problema ao nível dos resultados em saúde para o doente, é essencial conhecer a prevalência desta problemática na população.

Objetivo: Este estudo piloto pretende avaliar a adesão à terapêutica da população idosa em Portugal e identificar potenciais fatores preditores desta problemática.

Material e métodos: O estudo consistiu na aplicação de um questionário durante a visita do utente à farmácia. Utilizou-se a Escala MAT (1) para mensurar a adesão individual dos pacientes ao tratamento farmacológico. A população em estudo foi fixada em 29 idosos com idade igual ou superior a 65 anos que tomavam um ou mais medicamentos de forma continuada e eram autónomos na administração da medicação.

Resultados: A amostra era maioritariamente do sexo feminino (69%) com idades compreendidas entre 65 e 90 anos. Observou-se que todos os idosos inquiridos aderem à terapêutica, ainda que com diferentes níveis de adesão, sendo 93% completamente ou bastante aderentes à mesma. Em relação às variáveis avaliadas, foi possível analisar que o nível de adesão à terapêutica da amostra em estudo é independente do sexo ($p=0.248$), do grau de instrução; do isolamento social; do conhecimento e capacidade de gestão da medicação do utente ($p=0.983$); da própria perceção de saúde ($p=0.640$); e da relação com os cuidados de saúde prestados ($p=0.405$).

Conclusão: Ao longo deste estudo verificou-se que a temática da adesão à terapêutica encontra-se na ordem do dia e merece uma contínua avaliação por parte da comunidade de saúde. Na verdade, só descortinando o(s) fator(es) responsável(eis) pela fraca ou inexistente adesão à terapêutica, se consegue reunir métricas para minimizar ou eliminar essa problemática. É neste sentido que o farmacêutico desempenha um papel crucial ao constituir o profissional de saúde mais próximo do cidadão e capaz de o educar no sentido de o fazer adotar um comportamento adequado face à sua doença e tratamento.

Palavras-chave: Idoso; Polimedicação; Adesão à Terapêutica.

Abstract

Introduction: Nowadays, the ageing population has been increasing and, with the high risk of developing chronic diseases, polypharmacy and the process of adherence to drug therapy is becoming more common among the elderly. Because of the prevalence of nonadherence increases with an increasing number of prescribed drugs, this issue constitutes a significant health problema that deserves to be studied.

Objectives: The goal of this research was to provide a therapeutic scheme description of a sample of elderly people that are taking one or more drugs and evaluate their adherence to treatment.

Materials and methods: This pilot study consisted on the application of a questionnaire during the visit's patient to pharmacy. The MAT scale was used to measure the individual adherence's level of the patients to the pharmacological treatment and, this way, to determine risk behaviors in elderly population. The research was applied in 29 elderly aged 65 or older who consented to participate in the study. All of them was taking one or more drugs and was independent in drug administration.

Results: The sample was predominantly female (69%) with an average age 72,02 years. We found that all the inquired sample are adherent to treatment, although with different degree of adherence and 93% completely or quite adherent to drug therapy. Regarding the variables studied, we found that the level of adherence of the population is independent from the sex ($p = 0.248$), the school grade; the social isolation; the knowledge and management ability of the patient's medication ($p = 0.983$); the health perception itself ($p = 0.640$); and from the healthcare provided ($p = 0.405$).

Conclusion: This study highlights that patient adherence to treatment is a dynamic process that needs to be followed up. The society have to be conscialized about this issue to plan and implement adequate strategies for elderly population compliance. In this case, the pharmacists have the responsability to educate patients about their therapies and the conditions for which they are prescribed to ensure maximum therapeutic benefit and safety.

Keywords: Elderly; Polypharmacy; adherence to treatment

Agradecimentos

Este trabalho de investigação é o culminar de uma jornada de 5 anos, o curso de Ciências Farmacêuticas. É, no fundo, o fruto de 6 meses de dedicação a compreender a temática, a aplicá-la no terreno e a aprender com a experiência dos profissionais que trabalham este tema como ninguém.

Expresso assim o meu profundo agradecimento à minha orientadora científica, a professora Doutora Filipa Duarte Ramos pelo precioso apoio, pela partilha de conhecimento, e pelas valiosas contribuições que dispensou ao longo de todo o projeto.

Agradeço aos diretores técnicos e farmacêuticos das farmácias que se associaram a este projeto, integraram os seus utentes neste estudo e ajudaram na obtenção dos dados.

Aos utentes pela disponibilidade e consentimento na partilha de dados que possibilitaram a realização deste estudo.

Dedico-o também aos meus orientadores de estágio pelo apoio e transmissão de saber durante a realização dos inquéritos na Farmácia.

À minha avó, um agradecimento muito especial, por me ter proporcionado o melhor, não só em todo o meu percurso académico, mas também a nível pessoal

Ao Fábio pelo amor, paciência, estímulo e confiança que me transmitiu ao longo de toda esta etapa.

À minha família e amigos que percorreram comigo esta caminhada e me deram força necessária para alcançar todos os objetivos a que me propus.

Por fim, a todos, os que de uma maneira ou de outra contribuíram para o meu sucesso na vida académica e pessoal, um Sincero Muito Obrigada.

Abreviaturas

ANF	Associação Nacional de Farmácias
CEFAR	Centro de Estudos e Avaliação em Saúde
IM	Interações Medicamentosas
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRM	Problemas relacionados com os medicamentos
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
SNC	Sistema Nervoso Central

Índice

1	Introdução	10
1.1	O envelhecimento em Portugal	10
1.2	Polimedicação	12
1.2.1	Fatores de Risco para a Polimedicação	14
i.	Fatores relacionados com o Sistema de Saúde	15
ii.	Fatores relacionados com os doentes	15
iii.	Fatores relacionados com a classe médica	16
iv.	Fatores relacionados com a relação médico-doente	16
1.2.2	Consequências da Polimedicação	17
i.	Aumento dos custos em Saúde	17
ii.	Reações Adversas Medicamentosas	17
iii.	Interações Medicamentosas	18
iv.	Não adesão à terapêutica	18
v.	Estado Funcional e Dano Cognitivo	18
vi.	Risco de quedas	19
vii.	Má-Nutrição	19
1.3	Adesão à Terapêutica	19
1.3.1	Fatores de Risco para a não adesão	21
1.3.2	Escalas de Adesão à terapêutica	22
i.	Métodos Diretos	23
ii.	Métodos Indiretos	23
a.	Escala de avaliação da adesão ao tratamento - MAT	24
1.3.3	O Farmacêutico e a Adesão à terapêutica	26
2	Objetivos	27
3	Metodologia	28
3.1	Tipo de Estudo	28
3.2	Seleção da amostra	28
3.2.1	Critérios de Inclusão	29
3.2.2	Critérios de Exclusão	29
3.3	Procedimentos	29
3.4	Recolha dos Dados	30
i.	Questionário: // Farma::Med- Conheça os Seus Medicamentos	30
3.5	Tratamento de Dados	31
4	Resultados e Discussão	32
4.1	Caraterização Sociodemográfica da amostra	32
4.2	Relação dos idosos inquiridos com os Cuidados de Saúde prestados	33
4.3	Avaliação do estado de Saúde da população em estudo	35
4.4	Análise da adesão à terapêutica pelos idosos inquiridos	35
4.5	Avaliação da gestão da medicação dos idosos inquiridos	40
5	Conclusões	43
	Referências Bibliográficas	45
	Anexos	49
	A1	49
	Questionário: // Farma::Med- Conheça os Seus Medicamentos	49
	A2	53
	Diretrizes Metodológicas para implementação do estudo	53

Índice de Figuras:

Figura 1. Pirâmide Etária, Portugal 2009-2014	10
Figura 2. Evolução da proporção de jovens e idosos no Mundo, 1960-2050.....	11
Figura 3. Auto-avaliação do seu estado de Saúde (n=29).....	35
Figura 4. Níveis de adesão da população em estudo (n=29).....	39

Índice de Tabelas:

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da população em estudo.....	32
Tabela 2 Caracterização da relação entre a população em estudo e os Cuidados de Saúde prestados	34
Tabela 3. Resposta à escala de avaliação da adesão ao tratamento - MAT	36
Tabela 4 Análise da capacidade de gestão da medicação da população em estudo.....	42

1 Introdução

1.1 O envelhecimento em Portugal

Durante as últimas décadas e até à atualidade, a sociedade contemporânea tem atravessado um período de profunda alteração no seu perfil sociodemográfico. Um progressivo aumento da proporção de indivíduos idosos em relação à população total está subjacente a uma nova realidade nos países industrializados. Este envelhecimento demográfico consegue-se com um contínuo aumento da esperança média de vida, por consequência de uma diminuição da taxa de mortalidade, e um persistente declínio da taxa de natalidade.⁽²⁾ Esta mudança nos fenómenos demográficos origina o estreitamento da base da pirâmide de idades, por redução do número de efetivos populacionais jovens e, por outro lado, o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos, como se pode observar abaixo, nas pirâmides etárias de Portugal (2009 – 2014). (Figura 1.) ^(2,3)

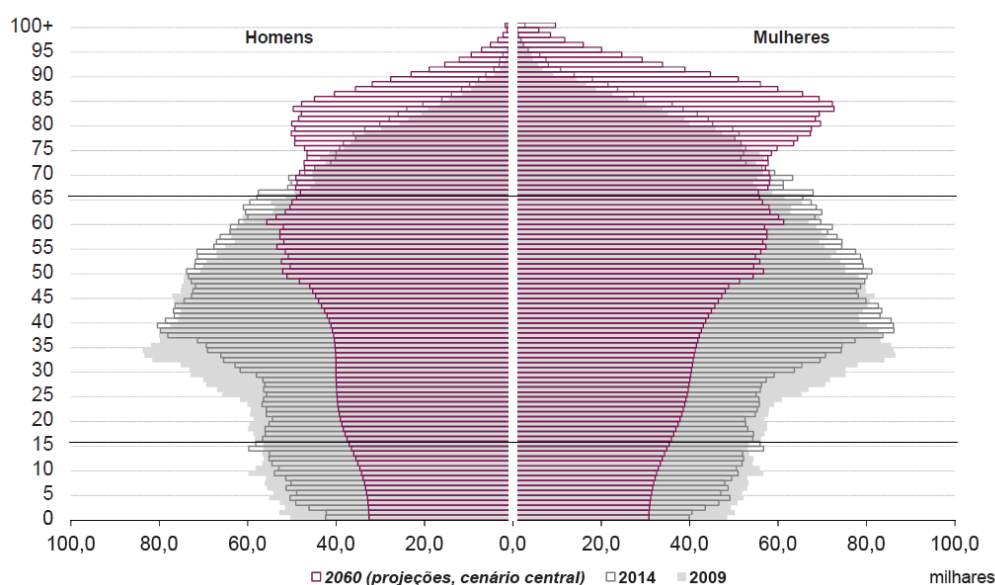
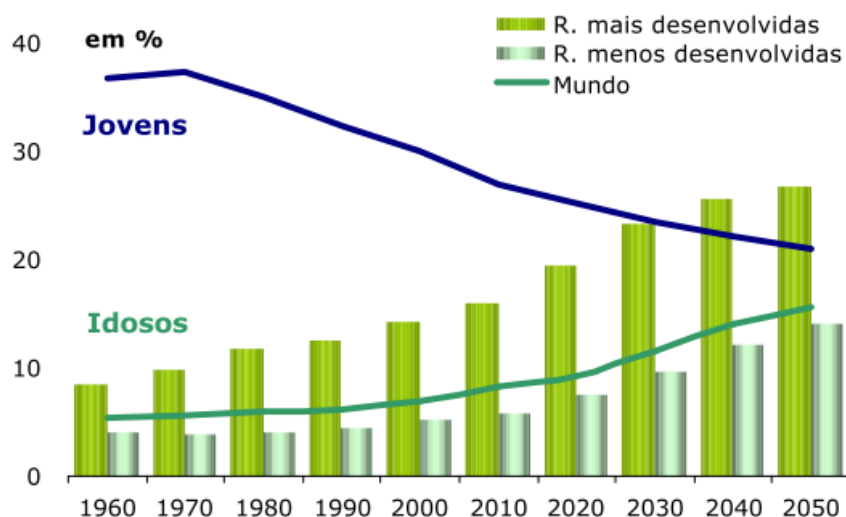


Figura 1. Pirâmide Etária, Portugal 2009-2014

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30% e, de acordo com as projeções das Nações Unidas, a tendência será para que a proporção de jovens continue a diminuir e atinja os 21% do total da população em 2050. (Figura 1.2.) Por outro lado, a proporção da população mundial com idade igual ou superior a 65 anos

regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população entre 1960 e 2000, podendo atingir os 15,6% em 2050 de acordo com as projeções demográficas mais recentes das Nações Unidas. (Figura 1.2) Estes dados revelam-nos assim que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. (2)



Fonte: United Nations Population Division

Figura 2. Evolução da proporção de jovens e idosos no Mundo, 1960-2050

Esta alteração na proporção da população com mais de 65 anos de idade teve a sua génese na melhoria da condição de vida e da qualidade dos serviços de saúde prestados nos países desenvolvidos (4), revelando-se um sinal positivo numa sociedade cada vez mais tecnológica e em busca da melhor qualidade de vida para os seus habitantes. No entanto, esta realidade engloba também um problema de saúde pública na medida em que acarreta, igualmente, o aumento da prevalência de doenças crónicas que necessitam, por sua vez, de uma abordagem terapêutica ainda mais complexa e de longa duração. No fundo, a cronicidade das doenças e a presença simultânea de várias patologias levam inevitavelmente ao uso em grande escala dos serviços de saúde e, por sua vez, a um elevado consumo de medicamentos, com o risco iatrogénico daí decorrente. (5–8)

1.2 Polimedicação

É neste contexto que surge o conceito de polimedicação cuja definição ainda é pouco consensual. (9) Em parte, as razões para a falta de uma maior uniformidade conceptual devem-se à grande dificuldade em determinar se esta deve ser qualitativa ou quantitativa e, nesta última vertente, qual o número de fármacos que se deve assumir como *cut-off*. (1) A literatura define polimedicação como a *utilização de vários medicamentos, prescritos e/ou de automedicação, que podem causar reações adversas e/ou interações medicamentosas que aumentam consoante o número de medicamentos administrados*. (4)

Os critérios qualitativos referem-se à administração de mais medicamentos dos que os aconselhados para a condição patológica do doente. (6) De acordo com Rollason e Vogt (2003), o conceito polimedicação pode surgir em três situações distintas, assumindo, assim, denominações específicas: Polimedicação adequada, Polimedicação Inadequada e Pseudomedicação. (6) A primeira é referente a utentes que tomam o número de medicamentos adequados à sua condição de saúde e para os quais têm indicação terapêutica. Nestes casos, o importante é adequar a terapêutica e não reduzir a polimedicação. A segunda retrata situações em que o número de medicamentos administrados ultrapassa o clinicamente necessário, pelo que o principal objetivo de intervenção é diminuir ao máximo o número de fármacos inadequados e/ou desnecessários. Por último, a pseudomedicação é uma situação em que a história clínica do paciente compreende mais medicamentos do que aqueles que ele está efetivamente a tomar. Neste sentido, a atualização dos registos médicos e a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde são passos cruciais para intervir nestes casos. (10)

Por sua vez, são os critérios quantitativos que geram maior polémica entre os vários autores. Alguns deles consideram já existir polimedicação a partir de dois medicamentos por dia (11), enquanto que outros dividem-se e só assumem este conceito quando existe a toma de 5 ou mais fármacos (12), 9 ou mais (13), ou 10 ou mais (14) durante o mesmo período de tempo. Na verdade, em geral, adota-se o número de 5 fármacos a partir do qual há polimedicação uma vez que este é o que gera mais consenso (14,15). No entanto, para esta definição é importante a inclusão de todo o tipo de fármacos, quer aqueles que tenham sido prescritos pelo médico quer aqueles que não são sujeitos a receita médica, bem como os suplementos nutricionais com propriedades terapêuticas. (14)

Atualmente, devido ao progressivo envelhecimento demográfico, ao decorrente maior risco para o desenvolvimento de doenças crónicas e com o contínuo esforço em investigação de novos fármacos, é uma certeza que a polimedicação seja e – dando continuidade ao que já se observa – uma realidade cada vez mais em crescimento. Segundo um estudo desenvolvido na Escócia, estima-se que desde 1995 a média de medicamentos consumidos pela população tenha aumentado de 3,3 para 4,4. (16) Este mesmo estudo reporta que a administração concomitante de mais do que um fármaco é uma tendência em crescimento, verificando-se um aumento da proporção da população que consome entre 5 a 9 fármacos de 9,7% para 16,3% entre o período de 1995 e 2010; um acréscimo de 3,2% quando se trata da dispensa de 10 a 14 e um aumento de 1% nos grupos populacionais que adquirem 15 fármacos ou mais durante o mesmo período temporal. (17) Quando se trata da faixa etária acima dos 65 anos, a proporção de idosos que consomem 10 ou mais medicamentos triplicou entre 1995 (4.9%) e 2010 (17.2%). (17)

Em Portugal, o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da Associação Nacional das Farmácias (ANF) realizou um estudo em parceria com um elevado número de farmácias Portuguesas, no qual se pretendia analisar o “saco de medicamentos”, i.e. uma prática que encoraja os pacientes a trazerem consigo toda a sua medicação de forma a que seja realizada a revisão da mesma, da população idosa. Esta análise foi realizada pelos farmacêuticos nas farmácias portuguesas em 5008 doentes no qual se observou uma média de utilização de 7,3 medicamentos por idoso. (18) Este estudo revelou ainda que 23,4% dos doentes tomam entre 4 a 5 medicamentos, 51,6% dos doentes tomam entre 6 a 9 medicamentos e que 25% dos doentes tomam 10 ou mais medicamentos. (19)

Um outro estudo também realizado pelo CEFAR sobre a terapêutica e os custos no idoso polimedicado, em que foram analisados 1597 doentes com 65 anos ou mais, concluiu que as mulheres, os mais idosos e as pessoas que vivem sozinhas e em regiões urbanas tomam um maior número de medicamentos. (20)

1.2.1 Fatores de Risco para a Polimedicação

A polimedicação é um fenómeno cuja prevalência aumenta com a idade do indivíduo e com as comorbilidades que lhe estão associadas. (5,6) Contudo, esta problemática tem na sua génese outros fatores que estão esquematizados no quadro 1.

O quadro 1 é resultado de uma adaptação de Bo Hovstadius e Göran Petersson (14) e divide os fatores associados à polimedicação em quatro categorias principais: Fatores relacionados com o Sistema de Saúde, com o Utente, com os Médicos e com a Interação médico-doente.

Fatores relacionados com o Sistema de Saúde	Fatores Relacionados com os doentes
Aumento da Esperança Média de Vida	Idade
Desenvolvimento de novas terapias e tecnologias	Género
Aumento do uso de estratégias preventivas	Raça/etnia
	Condição socioeconómica
	Condição clínica
	Terapia Médica
	Comportamento
Fatores relacionados com o prescritor	Fatores relacionados com a interação médico-doente
Premissas	
<i>Guidelines</i> Médicas	
Hábitos de prescrição	
Comportamento	

Quadro 1 Fatores associados à polimedicação

De modo a diminuir as consequências negativas da polimedicação, tanto para a sociedade como para o próprio utente, é imperativo conhecer, em primeiro lugar, quais os motivos que predis põem para o seu desenvolvimento e perceber se estes fatores representam uma fonte de preocupação.

i. Fatores relacionados com o Sistema de Saúde

Na primeira categoria, que expressa os fatores relacionados com o Sistema de Saúde, está implícito o progresso científico e o desenvolvimento da sociedade e dos seus serviços de saúde, que levam a um aumento da esperança média de vida e, por sua vez, a uma população cada vez mais envelhecida e com diversas comorbilidades, como já referido.(14) Desta forma, é muitas vezes inevitável a instituição de uma panóplia de medicação na tentativa de controlar as diferentes patologias implícitas ao seu estado clínico.

ii. Fatores relacionados com os doentes

A segunda categoria é aquela que envolve diretamente o doente, estando este mais sujeito a uma terapia múltipla em idades mais avançadas.(14) Um estudo realizado na Suécia revelou que a prevalência da polimedicação aumentava de 18,4% em indivíduos entre os 40 e os 49 anos para 30,2% quando se passa para a faixa etária entre 50 e os 59anos. Este valor cresce para 42,3% entre os 60 e 69 anos; 62,4% entre os 70 e os 79 anos; 75.1% entre 80 e 89 anos, e para 77.7% em utentes com idade superior a 90 anos (21).

Alguns estudos definem o género como um fator de risco (14), uma vez que, na grande generalidade, o sexo feminino toma mais medicação face ao sexo oposto. No entanto, a relação género-polimedicação ainda é bastante controversa. Não podemos esquecer que as mulheres têm uma esperança de vida superior à dos homens, pelo que qualquer análise desta associação terá que ser ajustada para a idade. Na mesma base de discórdia encontra-se a raça e a etnia como agentes de risco para a excessiva polimedicação, nomeadamente indivíduos caucasianos(14,22)

Relativamente à influência da condição socioeconómica do paciente na probabilidade deste fazer polimedicação, esta também divide opiniões: a falta de recursos pode levar à polimedicação que pode ser atribuída à maior morbilidade deste grupo populacional (23) mas, por outro lado, uma melhor capacidade económica também se revelou associada a uma maior tendência para a polimedicação (22) ao favorecer a aquisição de medicamentos fora do seu plano terapêutico. Por sua vez, o grau de instrução do paciente também é um tema ainda em debate dado que alguns estudos relacionam uma deficiente autoperceção do conceito de saúde com o consumo de um maior numero de medicamentos (6) enquanto que outros não encontram nenhuma associação.(14)

Os fatores associados à condição clínica do paciente que podem estar na origem de uma polimedicação passam pelo eventual fraco estado de saúde do doente e pela presença de doenças crónicas e patologias com maior relação com a polimedicação, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, depressão e sintomatologia do sistema gastrointestinal.(6,14,22) Igualmente, o comportamento do próprio utente surge como potencial fator de risco uma vez que a este está subjacente a sua automedicação, por crenças ou mitos, e a fraca capacidade de compreensão do que lhe foi prescrito.(14)

iii. Fatores relacionados com a classe médica

O terceiro grupo de fatores mais relacionados com esta temática são os relacionados com a classe médica, uma vez que é ela a grande responsável pela prescrição da vasta maioria dos medicamentos. No fundo, todo o ambiente da prática clínica é propício a induzir uma maior prescrição de medicamentos: desde a falta de tempo com os doentes, associada a uma elevada carga de trabalho, à falha na educação e competências ao nível do medicamento e de todas as suas particularidades, até aos hábitos de prescrição sem uma cuidada revisão da medicação, levam a um cenário de polimedicação excessiva nos seus utentes.(14) Em vários estudos onde foi realizada a revisão da medicação, identificou-se uma proporção de 55% de doentes com fármacos desnecessários para a sua condição clínica, sendo que 16% deles eram terapêuticas duplicadas. (14,22) Para além disso, o número de medicamentos inapropriados num perfil terapêutico aumenta com o número de fármacos prescritos.(24)

O fenómeno da polifarmácia excessiva está igualmente associado aos efeitos da cascata da prescrição que iniciam com uma falha na interpretação de uma RAM por parte do médico e, erradamente, é reconhecida como uma nova patologia clínica. Esta situação leva a um adicional número de prescrições para contornar essa condição e, desta forma, incrementa o risco de polimedicação.(14)

iv. Fatores relacionados com a relação médico-doente

Por último e embora menos estudado, a interação médico-utente parece estar associada ao número de medicamentos administrados, uma vez que uma falha de entendimento entre ambos sobre o tratamento pode levar a uma polimedicação excessiva. É portanto de salientar que uma boa relação/comunicação com o profissional de saúde permite que exista um acompanhamento personalizado de toda a evolução da

doença e subsequente terapêutica, promovendo terapias ajustadas e adequadas à condição clínica.(14)

1.2.2 Consequências da Polimedicação

O arsenal terapêutico é amplamente utilizado para o tratamento e/ou prevenção de um grande número patologias, melhorando a qualidade e a expectativa de vida da população.

No entanto, quando de forma inadequada, pode resultar em consequências não só para o próprio do doente, ao aumentar a incidência de reações adversas medicamentosas (RAM) (25), interações medicamentosas (IM) (7) e favorecer uma baixa adesão à terapêutica(25), como também traz consigo implicações a nível económico e social. (5,26)

i. Aumento dos custos em Saúde

A prescrição de múltiplos fármacos contribui para o aumento dos encargos com a saúde, tanto para o doente, como para o Sistema Nacional de Saúde. (7) O aumento da despesa com a saúde está relacionado diretamente com a compra dos fármacos prescritos e, de forma indireta, com a ocorrência de IMs, RAMs e incumprimento terapêutico, que podem levar a um aumento no recurso aos serviços de saúde.(19)

Por sua vez, a eventual necessidade de hospitalização decorrentes destes episódios pode atingir até 62% da despesa total relacionada com os fármacos potencialmente inapropriados.(27)

ii. Reações Adversas Medicamentosas

Uma RAM é definida pela Organização Mundial de Saúde como uma “*reação nociva e não-intencional (...), que ocorre em doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas*” (28) e o risco de desenvolver uma reação deste tipo está substancialmente mais elevada, cerca de 88%, quando existe a administração concomitante de mais de 5 fármacos, comparativamente a indivíduos que tomam menos medicação. (29)

Uma consequência direta das RAMs é o internamento hospitalar, uma vez que estas constituem uma proporção substancial, cerca de 6 a 19%, das admissões hospitalares. (29). Um estudo realizado nos Estados Unidos, estima-se que o risco de

hospitalização por RAMs graves seja de 30,1% para indivíduos entre os 75 e os 84 anos e aumente para 41,9% para utentes com idade igual ou superior a 85.(30) Em última instância, estas reações medicamentosas, dependendo da sua gravidade, podem levar à morte, sendo que 1 em cada 1000 mortes hospitalares devem-se a este fenómeno. Este valor da taxa de mortalidade hospitalar sobe para 20% quando se contabiliza apenas a população idosa. (30). Por ano, estima-se que ocorram cerca de 140.000 mortes.(5)

iii. Interações Medicamentosas

Também o risco de ocorrência de interações medicamentosas aumenta com o número de fármaco administrados.(7,14) Em média, um doente que tome entre 5 a 9 medicamentos tem 50% de probabilidade de surgir uma IM, enquanto que este risco aumenta para 100% em indivíduos com perfil farmacoterapêutico de 20 ou mais fármacos.(7) Outros estudos mencionam que as IMs podem estar na base de cerca de 50% das idas à urgência hospitalar.(5)

iv. Não adesão à terapêutica

Regimes terapêuticos complexos e a administração de vários fármacos ao mesmo tempo levam muitas das vezes a uma dificuldade acrescida na gestão da medicação por parte do idoso e, por consequência, a compromissos na adesão à terapêutica.(7,22) Um estudo realizado neste âmbito reportou uma taxa de não adesão de 35% em pacientes que tomavam 4 ou mais medicamentos (7), revelando-se um número elevado tendo em conta que o sucesso de uma terapêutica depende da sua correta administração.

v. Estado Funcional e Dano Cognitivo

A polimedicação está relacionada com a idade avançada do indivíduo e, por sua vez, com o declínio do estado funcional dos idosos. Um estudo conduzido pela *Womens's Health* reportou que o uso de 5 ou mais fármacos está associado a uma diminuição na capacidade de execução das atividades de vida diárias do próprio indivíduo.(7)

Do mesmo modo o déficite cognitivo frequentemente associado à idade mais avançada, isto é, a demência e episódios de delírio parecem estar intimamente relacionados com o número de medicamentos administrados. Num estudo de coorte prospetivo , realizado com 294 idosos, 22% dos pacientes que tomavam 5 ou menos

apresentavam declínio cognitivo, em oposição aos 33% de doentes que tomavam entre 6 a 9 e aos 54% que tomavam acima dos 10 fármacos por dia.(7)

vi. Risco de quedas

O risco de quedas está associado com o aumento da morbidade e mortalidade em idosos, no entanto, vários estudos comprovam que este risco pode ser amplificado por determinadas opções terapêuticas, como por exemplo, pacientes que tomavam mais que 2 psicofármacos tinham 2,4 a 4,5 vezes mais risco de queda que aqueles que tomavam apenas 1 medicamento para o SNC. (7,22)

vii. Má-Nutrição

Por fim, a polimedicação tem sido reportada como um fator que determina o estado nutricional do paciente. Um questionário aplicado à população idosa concluiu que o fenómeno da polimedicação está associada a uma redução da ingestão de fibras, gorduras lipossolúveis, vitaminas do complexo B e minerais, bem como a um aumento da ingestão de glucose, sódio e gordura saturada.(7)

1.3 Adesão à Terapêutica

Segundo, o Decreto-Lei n.º 76/2006, de 30 de Agosto, o medicamento é *toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo **propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas** ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas*”. No entanto, para que a terapêutica seja efetiva e segura, esta deve ser administrado de forma correta. Na verdade, o uso incorreto ou a toma do medicamento de forma diferente da prescrita pode trazer consequências inesperadas para o doente, levando ao agravamento do seu estado de saúde. Da deterioração do estado clínico pode incorrer a necessidade de novos cuidados médicos, mais dispendiosos e mais complexos, que obriguem à prescrição de novos fármacos, à realização de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, à ida a mais consultas, à utilização de serviços de urgência, e em casos mais graves, ao recurso a hospitalizações ou, em síntese, ao compromisso da qualidade de vida e da saúde do doente.(4,31,32)

Em suma, a falta de adesão à terapêutica tem consequências ao nível dos resultados em saúde para o doente, da qualidade dos cuidados médicos prestados e do uso racional dos recursos económicos ao se assumirem gastos substanciais desnecessários. (31) Segundo a OMS, estima-se que 50% dos doentes portadores de doenças crónicas em países desenvolvidos sejam não-aderentes a terapias farmacológicas, estando esta taxa aumentada nos países em desenvolvimento.(33) Consequentemente, é crucial uma compreensão mais ampla e profunda da adesão à terapêutica por parte da população idosa em Portugal de modo a identificar fatores de risco de não adesão à medicação que permitam delinear estratégias terapêuticas apropriadas para determinadas doenças.

O termo *adesão* é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a *extensão pela qual o comportamento do paciente, quer seja, através da toma da medicação, do seguimento de uma determinada dieta, e/ou na realização de alterações no seu estilo de vida, corresponde às indicações dadas pelo profissional de saúde.*(33) Por oposição, a não adesão à terapêutica ocorre quando o comportamento do doente não corresponde às recomendações fornecidas pelo profissional de saúde.(31)

O não cumprimento de uma dada terapêutica pode expressar-se através da omissão da toma de um ou mais fármacos, da administração de doses suplementares ou diferentes da prescrição original, do consumo de um medicamento não autorizado e da toma da medicação em horários inadequados.(31)

Atualmente em países de língua inglesa, a terminologia a ser adotada no contexto da adesão a tratamentos é controversa. É o caso do uso das expressões *compliance* e *adherence*. A palavra *compliance* ou, em português cumprimento, sugere que os doentes devem cumprir obrigatoriamente as indicações que lhes foram fornecidas pelo profissional de saúde e assumir toda a responsabilidade pelos desvios que ocorressem a essa prescrição.(4,31) Por outro lado, o termo *adherence*, que se traduz em português por adesão, tem sido considerado o mais adequado dado que o paciente passa a ser entendido como sujeito ativo, que participa e partilha responsabilidades sobre seu tratamento com a equipa de profissionais de saúde.(31)

Diversos estudos têm demonstrado que os utentes pretendem, cada vez mais, ser parte integrante de todo o seu processo clínico e, consequentemente, exigem uma maior interação com os profissionais de saúde. Neste sentido, e na presença de um paciente

progressivamente mais ativo no percurso terapêutico, o termo adesão parece ser o mais apropriado e por isso o utilizado ao longo deste trabalho.

1.3.1 Fatores de Risco para a não adesão

Do ponto de vista médico, o envelhecimento é acompanhado pelo *declínio biológico*, ou seja, *pela alteração progressiva das capacidades de adaptação do organismo que levam a uma maior suscetibilidade de ocorrência de doenças capazes de precipitar o final da vida, e por alterações de carácter psicológico.* (2) Estas alterações verificam-se essencialmente ao nível físico através da diminuição da capacidade visual e/ou auditiva e da destreza manual, por alterações farmacocinéticas – que envolvem a absorção, distribuição, metabolização e excreção –, por alterações farmacodinâmicas - que afetam os recetores, a transdução de sinal e os mecanismos de homeostasia-, bem como a nível psicossocial que se traduz frequentemente em perda gradual da memória a curto-prazo e no comprometimento cognitivo. Estes fenómenos intrínsecos ao próprio indivíduo são, na grande maioria, os grandes responsáveis pela fraca adesão da população idosa à terapêutica.(31)

Aliado a este gradual declínio cognitivo e na tentativa de responder às múltiplas comorbilidades, este grupo populacional apresenta na maioria das vezes regimes terapêuticos complexos que requerem empenho do próprio paciente, não só na compreensão e memorização de toda a prescrição, mas também numa eventual necessidade de adaptação a novos regimes alimentares e a novos estilos de vida. (31,32) Para além disso, a adesão pode ainda ser afetada pela duração do tratamento, pela necessidade de alterações constantes de regimes terapêuticos, pelo intervalo de tempo que requer para que sejam evidenciados os efeitos benéficos do tratamento e por tratamentos anteriores fracassados. Com efeito, os doentes exibem melhores níveis de adesão com uma terapêutica mais simples e de curta duração, cujas indicações sejam de fácil compreensão e que não determine alterações significativas das suas rotinas diárias. (31)

A ocorrência de efeitos secundários e interações medicamentosas constituem também uma barreira para uma efetiva adesão, ao levar a um desconforto do próprio doente. Por outro lado, a efetividade manifesta de uma terapêutica com sinais de franca melhoria dos sintomas ainda antes do fim da prescrição, pode levar a uma interrupção abrupta da medicação.(31) Segundo um estudo realizado em 1400 indivíduos, este comportamento (26,6%) bem como a ocorrência de reações adversas (22.2%)

constituem os dois principais fatores relacionados com as características intrínsecas terapêutica que levam ao incumprimento das indicações médicas por parte da população portuguesa.(31)

Da mesma forma, características pouco favoráveis de alguns medicamentos, tais como a via de administração (administração parenteral, muitas das vezes associadas a dor e desconforto), a sua apresentação, características organoléticas, como o seu sabor e cheiro e até o tipo de embalagem, demonstram ser fatores igualmente preponderantes na decisão de tomar ou não tomar um dado medicamento.(32)

A Organização Mundial de Saúde reclama também que as características da própria doença podem ser um fator determinante para a adesão a tratamentos, tais como: a severidade dos sintomas e da doença, o grau de incapacidade (física, psicológica, social, vocacional) bem como a taxa de progressão da mesma.(34)

Para os idosos a adesão à terapêutica torna-se ainda mais difícil quando existe dificuldade de acesso ao medicamento, que é frequentemente atribuída ao fraco poder económico.(31) Entre outros fatores sociodemográficos com elevado potencial preditivo encontram-se também o baixo nível de escolaridade do doente, o fraco apoio prestado pela comunidade envolvente e/ou profissionais de saúde, o seu isolamento social ou a distância a que se encontra das unidades de saúde e da farmácia, bem como um núcleo familiar pouco estruturado. (31,34)

A magnitude destes fatores sobre a adesão depende da forma como estes influenciam a perceção do doente face à sua própria doença e ao seu tratamento, ou seja, na forma como o paciente vê a sua condição, a compreende e percebe os seus riscos. (32)

1.3.2 Escalas de Adesão à terapêutica

Para avaliar a adesão à terapêutica a literatura distingue os métodos existentes em diretos e indiretos, sendo que não existe um método considerado como *gold standard* para esta avaliação. (35) No entanto, tanto os métodos diretos como os indiretos têm as suas limitações e nenhum deles consegue avaliar todos os fatores inerentes à falta de adesão. (36)

i. Métodos Diretos

Os métodos diretos são baseados em técnicas analíticas/laboratoriais que averigam se o fármaco foi administrado ou tomado na dose e no momento certo.(35,37) Estes métodos incluem a observação direta da terapêutica e do doente e o recurso a testes biológicos que permitem dosear o fármaco, metabolitos ou marcadores químicos no sangue ou na urina. (35,37,38).

No entanto, estes métodos biológicos são limitados dada, desde logo, todo um conjunto de fármacos para os quais o doseamento não é exequível. Existe ainda a possibilidade dos resultados virem alterados devido à variabilidade metabólica do próprio indivíduo ou a alterações na posologia que este faça. Para além disso, é pouco utilizada devido ao seu elevado custo e baixa disponibilidade. (35,38)

ii. Métodos Indiretos

Os métodos indiretos compreendem a aplicação de questionários ao doente, a contagem manual de comprimidos e/ou cápsulas e a monitorização eletrónica da terapêutica através, por exemplo, do *Medication Event Monitoring System* (MEMS). (1,37,38)

A contagem de unidades de medicamento verifica a quantidade de comprimidos que restaram na embalagem e, por consequência, os comprimidos administrados durante um intervalo de tempo, de acordo com o que estava previamente prescrito. Por esta razão, é um método pouco fiável uma vez que não garante que os fármacos removidos foram de facto ingeridos pelo doente e, mesmo aqueles que foram administrados, se foram tomados na dose e no momento certo. (37) Ao mesmo tempo, este método pode quebrar a relação de confiança gerada entre o doente e o profissional de saúde que está a monitorizar o tratamento.(35)

Uma técnica mais sofisticada para avaliar o grau de adesão é o *Medication Event Monitoring System* (MEMS) que consiste no recurso a uma embalagem com uma tampa na qual se encontra incorporado um microprocessador (39) que contabiliza e regista o número de vezes que o doente manuseia o dispositivo eletrónico durante o dia e, desta forma, identifica um padrão de utilização dos medicamentos, permitindo avaliar a adesão no que respeita à hora das tomas (*timing compliance*) e à dose (*dosing compliance*). Este sistema contorna algumas limitações geradas com a contagem manual dos comprimidos tais como: o registo do momento exato da abertura do

dispositivo, assumido como o momento de cada administração, através do registo da abertura e fecho da embalagem, e o registo desta atividade ser eletrónico. No entanto, este método requer um frasco tecnológico por fármaco de forma a monitorizar eletronicamente as administrações, tornando-se por isso bastante dispendioso e de difícil utilização em larga escala.(37)

Por sua vez, a aplicação de questionários é o método mais utilizado na prática clínica para avaliar a adesão à medicação uma vez que é a técnica mais acessível e o que comporta menos custos. (35,37) O principal problema associado à avaliação da adesão à terapêutica por autorreporte do doente é a sobrestimativa que este tende a fazer do seu comportamento aderente. Há estudos que apontam para sobrestimativas do nível de adesão em 30% (38) uma vez que os doentes tendem a modificar as suas respostas de forma a agradar ou a evitar a desaprovação por parte do profissional de saúde.(1)

a. Escala de avaliação da adesão ao tratamento - MAT

De forma a contornar a falta de medidas validadas para deteção do nível de adesão, Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima (1) construíram uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos com sete itens (Quadro 2), que representa uma adaptação de vários autores. Este questionário constitui um teste subjetivo e indireto para medir a extensão da adesão à terapêutica, sendo que os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994) e o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992).(1)

QUESTÕES

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?
 2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?
 3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?
 4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
-

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
 6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?
 7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?
-

Quadro 2 Medida de adesão aos Tratamentos (MAT)

Os primeiros quatro itens apresentados permitem identificar possíveis razões para situações de não adesão, ou seja, quer seja pelo esquecimento, negligência com as horas da administração, quer pelo desaparecimento ou agravamento de sintomas. Relativamente às questões 5 e 6, estas pretendem expor situações de falta de adesão com as quais o profissional de saúde se depara frequentemente e que não estavam contempladas até então pela medida de adesão de Morisky et al. (1986). Nomeadamente, o item 5 ao questionar se “*Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?*” é o único que possibilita aceder a comportamentos de não adesão por excesso em relação ao que lhe foi prescrito anteriormente, comportamento este que pode ter consequências para o próprio tão, ou mais graves, que a não adesão por defeito. Por sua vez, o item 6, “*Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?*”, é um bom indicador para identificar se existe esquecimento, comportamentos de desleixo ou fraco poder económico/ acessibilidade que impossibilitem a aquisição de medicamentos, ou se há dificuldades no acesso à consulta médica e se estas dificuldades estão na base da não adesão aos tratamentos. Finalmente, o item 7, segundo os autores, funciona como uma espécie de pergunta aberta, principalmente se for realizada num ambiente de entrevista, uma vez que pretende abranger outras situações que não se encontrem expressas nos itens anteriores. Na verdade, esta questão vai obrigar a uma reflexão do doente sobre o seu comportamento de adesão aos tratamentos e, em alguns casos, permitir a correção de alguma pergunta anteriormente respondida. (1)

As respostas as estas questões são dadas numa escala de Likert, que varia de Sempre=1 a Nunca=6, ao contrário do que era defendido pelos autores de cada item.

Segundo o estudo dos criadores desta versão, a resposta numa escala de Likert, ao invés de uma escala dicotômica, revelou maior sensibilidade e especificidade a detetar situações de não adesão e a captar os diversos comportamentos de adesão. (1)

1.3.3 O Farmacêutico e a Adesão à terapêutica

Todos os profissionais de saúde envolvidos no circuito do medicamento são importantes para o sucesso da terapêutica prescrita. Contudo, o farmacêutico pode desempenhar um papel preponderante na adesão a terapêuticas crónicas, uma vez que é o profissional mais próximo do doente, detentor de competências e conhecimentos para agir enquanto educador para a saúde e capaz de educar o doente e de o fazer adotar um comportamento adequado face à sua doença e tratamento.

É certo que a identificação de doentes não aderentes é uma tarefa complexa e exige empenho e tempo do farmacêutico para essa triagem, no entanto, é de extrema importância, pois só conhecendo o fator responsável pela fraca ou inexistente adesão à terapêutica, se consegue reunir métricas para minimizar ou eliminar essa problemática.

2 Objetivos

Tendo em conta o anteriormente exposto, este trabalho piloto teve como principal objetivo caracterizar o esquema terapêutico de um grupo de idosos medicados com idade igual ou superior a 65 anos.

Esta investigação propõe-se igualmente a avaliar a adesão à terapêutica da população em estudo com recurso à aplicação da escala de MAT e relacionar os níveis de adesão da população com variáveis relacionadas com o doente e a sua terapêutica, i.e. com o seu grau de instrução; o isolamento social; o seu conhecimento e capacidade de gestão da medicação e a sua perceção de saúde.

3 Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo observacional, descritivo e transversal, de base populacional que foi realizado por aplicação de um questionário numa amostra de conveniência da população idosa em Portugal.

O estudo foi implementado durante seis meses, entre junho e dezembro de 2017, em 162 farmácias comunitárias portuguesas, de diferentes concelhos que aceitaram previamente a integração neste projeto.

A dimensão mínima da amostra foi estimada em 384 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, considerando uma confiança estatística de 95%, uma probabilidade de adesão de 50% e um erro amostral de 5%.

Neste relatório são apresentados os dados do estudo piloto, efetuado em 29 indivíduos, com informação recolhida entre maio e julho de 2017.

3.2 Seleção da amostra

A definição da população em estudo foi ditada pelo objetivo que é a obtenção de informação sobre o fenómeno que se pretende estudar e à qual se poderão aplicar os resultados do estudo.

Durante o período de implementação do questionário foram convidados a integrar o estudo 29 utentes da farmácia com 65 ou mais anos, de ambos os sexos, e que tomavam pelo menos um medicamento de forma continuada, ou seja, há pelo menos 3 meses.

Todos os participantes foram informados relativamente ao objetivo do estudo e consentiram a sua participação no mesmo, respondendo voluntariamente ao questionário realizado.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Da amostra inicial recolhida a 31 de julho, foram incluídos no estudo 29 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos cujo regime terapêutico incluía a toma de 1 ou mais medicamentos em simultâneo e de forma continuada.

Os indivíduos incluídos eram autónomos na gestão e administração da medicação e apresentaram as condições cognitivas e físicas satisfatórias para compreender os objetivos do estudo e responder aos instrumentos de avaliação.

3.2.2 Critérios de Exclusão

Utentes com evidente deterioração da capacidade cognitiva e por isso incapazes de responder ao questionário.

3.3 Procedimentos

A cada farmácia foi solicitada a inclusão de 20 dos seus utentes que cumpriam os critérios de inclusão. Os utentes elegíveis para este projeto eram abordados pelo farmacêutico, o qual lhe explicava o objetivo do estudo e o convidava a participar. Uma vez disposto a integrar o projeto, era agendado um novo dia e uma hora para o indivíduo se deslocar novamente à farmácia e trazer consigo toda a sua medicação – todos os medicamentos prescritos pelo médico, medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos dietéticos, vitaminas e medicamentos naturais; Todos os medicamentos para aplicação tópica, líquidos, injetáveis e para inalação que esteja a tomar nesse momento. Era ainda solicitada a guia de tratamento passada pelo médico, uma lista da sua medicação ou qualquer outro documento com indicação da medicação que tomam.

O questionário foi aplicado num local da farmácia onde era garantida a confidencialidade dos dados. O questionário era constituído por perguntas de caracterização sociodemográfica e perguntas de informação sobre a terapêutica que o utente estava a seguir, entre outras, detalhadas mais à frente.

3.4 Recolha dos Dados

Os dados pretendidos foram recolhidos através de um questionário (Anexo 1) conduzido por um farmacêutico ou técnico de farmácia devidamente qualificado para este efeito. Todos os profissionais responsáveis pela recolha de informação receberam formação à distância sobre o estudo, bem como as diretrizes metodológicas do mesmo com vista a minimizar o viés do entrevistador e a uniformizar a recolha de informação.

Previamente, foi realizado um pré-teste para determinar a inteligibilidade do questionário e perceber a existência de problemas de compreensão do mesmo.

i. Questionário: // *Farma::Med- Conheça os Seus Medicamentos*

A primeira parte do questionário visava recolher os dados sociodemográficos da população em estudo (idade, género, concelho de residência, a perceção do utente quanto ao meio onde reside, habilitações literárias, com quem reside e o seguimento médico que dispõe).

Numa segunda fase, o doente é inquirido relativamente ao uso regular da sua medicação com o objetivo de avaliar o seu grau de adesão à terapêutica. Para isso, foi aplicada uma escala validada para a população portuguesa, Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), onde lhe são realizadas 7 questões cujas respostas são dadas numa escala de Likert de seis pontos, que varia de sempre=1 a nunca=6. Para se concluir o nível de adesão do inquirido, procede-se à soma dos valores de cada item e divide-se pelo número de itens. A pontuação resultante pode variar de 1 a 6, assumindo os valores o seguinte significado: 1 – Não adere totalmente; 2 – Não adere; 3 – Adere minimamente; 4 – Adere parcialmente; 5 – Adere bastante; 6 – Adere completamente. Portanto, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Por último, a terceira parte incluiu perguntas para entender o grau de conhecimento da população sobre a terapêutica instituída e a capacidade de gestão da mesma, através da aplicação do DRUGS-PT.

Este questionário podia ser preenchido eletronicamente ou nos formulários em papel fornecidos pela equipa de investigação. Estes últimos deveriam ser devolvidos quando se completassem os 20 utentes avaliados ou na data de término do estudo, a 31 de julho.

3.5 Tratamento de Dados

Os dados recolhidos foram posteriormente processados através do programa estatístico EPI INFO™ version 7.2.1.0 para Windows e Microsoft Excel. A relação dos níveis de adesão à terapêutica com as diversas variáveis em estudo (características sociodemográficas, a frequência de consultas de especialidade e com o médico de família, a perceção de saúde, o conhecimento e capacidade de gestão da medicação, e os problemas encontrados pelos doentes na administração dos seus medicamentos) foi analisada utilizando o teste de qui – quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo para valores de $p < 0.05$.

4 Resultados e Discussão

4.1 Caraterização Sociodemográfica da amostra

O estudo realizado teve como base uma população de 29 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, com uma média de 72,07 anos e desvio padrão de 6,6. A maioria dos idosos (72%) pertencia à faixa etária dos [65-75[anos.

Do estudo fizeram parte 20 indivíduos do sexo feminino, representado 69% da amostra, e 9 (31%) do sexo masculino, podendo este facto dever-se a uma maior esperança média de vida das mulheres, tal como se constatou noutros estudos já realizados sobre esta temática (4,40,41) e ao facto de as mulheres irem mais à farmácia do que os homens.

Tabela 1 Caraterização sociodemográfica da população em estudo

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	FREQUÊNCIA (%)
SEXO	Feminino	20	69%
	Masculino	9	31%
IDADES	[65;75[21	72%
	[75;85[6	21%
	[85;95[2	7%
ESTADO CIVIL	Casado/Unido de facto	21	72%
	Separado/Divorciado	3	10%
	Viúvo	5	17%
COM QUEM VIVE	Cônjuge e Familiar	5	17%
	Cônjuge	15	52%
	Familiar	4	14%
	Sozinho	5	17%
CICLO DE ESCOLARIDADE	Ensino Básico	21	72%
	Não completou o ensino Básico	8	28%
	Não alfabetizado	1	13%
	Alfabetizado	7	88%

Dos 29 inquiridos, 5 (17%) revelaram viver sozinhos. Dos restantes 24 idosos, 15 deles vive com o cônjuge, 5 vive com o cônjuge e familiar e os outros 4 revelaram viver só com um familiar, correspondendo respetivamente a 52%, 17% e 14% da população em estudo.

Relativamente ao nível de escolaridade 21 indivíduos (72%) frequentou o ensino básico e 8 (28%) deles não concluíram o 1º ciclo. Desta subpopulação que não completou o ensino básico apenas 1 (13%) respondeu não saber ler nem escrever. É de ressaltar que nenhum dos inquiridos frequentou o ensino secundário ou o ensino superior.

4.2 Caraterização do acesso aos Cuidados de Saúde

A nível da caraterização geral da relação dos idosos inquiridos com os cuidados de saúde prestados, a maioria deles (83%) afirma ser seguido no Centro de Saúde. Embora todos tenham assegurado ter médico de família, 10% é seguido no Hospital Público e 7% num Consultório Particular/Clínica (Tabela 2).

Quando questionados sobre a facilidade de marcar consulta com o seu médico a grande maioria dos idosos (69%) não aparenta ter dificuldades a este nível. Contudo, 31% dos indivíduos considera esta tarefa difícil ou muito difícil. Neste sentido, importa questionar se esta dificuldade no acesso aos cuidados de saúde primários compromete a adesão à terapêutica destes indivíduos.

No último ano, a grande maioria dos indivíduos (79%) teve menos de 1 consulta no médico de família por mês por oposição aos restantes 10% que tiveram 1 por mês ou mais de 1 por mês. Quando se trata de consulta de especialidade, 62% deles afirmou ter ido a uma consulta deste tipo, revelando ser uma população preocupada com a sua saúde. Apenas 34% dos idosos inquiridos revelou ter tido episódios de urgência no último ano e 5% de internamento hospitalar.

Ainda em relação ao ano anterior, 59% dos idosos reportaram ter sido sujeitos a uma alteração na sua medicação atual, o que está identificado como podendo ser um fator desencadeante de uma fraca adesão.

Tabela 2 Caracterização da relação entre a população em estudo e os Cuidados de Saúde prestados

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	FREQUÊNCIA (%)
EXISTÊNCIA DE MÉDICO DE FAMÍLIA	Sim	29	100%
	Não	0	0%
UNIDADE DE SAÚDE ONDE É SEGUIDO	Centro de Saúde	24	83%
	Hospital Público	3	10%
	Consultório Particular/Clínica	2	7%
	Hospital Privado	0	0%
FACILIDADE EM MARCAR CONSULTA COM O MÉDICO HABITUAL	Muito Fácil	5	17%
	Fácil	12	41%
	Nem Fácil, nem Difícil	3	10%
	Difícil	6	21%
	Muito Difícil	5	10%
NO ÚLTIMO ANO			
NÚMERO DE CONSULTAS NO MÉDICO DE FAMÍLIA	Mais de 1 por mês	3	10%
	1 por mês	3	10%
	Menos de 1 por mês	23	79%
NO ÚLTIMO ANO			
CONSULTA DE ESPECIALIDADE	Sim	18	62%
	Não	19	38%
NO ÚLTIMO ANO			
EPISÓDIOS DE URGÊNCIAS	Sim	10	34%
	Não	19	66%
NO ÚLTIMO ANO			
EPISÓDIO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR	Sim	5	17%
	Não	22	76%
	Não responde	2	7%
NO ÚLTIMO ANO			
ALTERAÇÃO NA MEDICAÇÃO HABITUAL	Sim	17	59%
	Não	11	38%
	Não responde	1	3%

4.3 Avaliação do estado de Saúde da população em estudo

Relativamente à autoavaliação sobre o seu estado de saúde (gráfico 1), a grande maioria dos idosos inquiridos (52%) considera-o “médio”. A restante amostra divide a sua opinião, sendo que 24% considera o seu estado de saúde mau, enquanto que 21% declara um bom estado de saúde. Apenas 3% caracteriza-o como muito mau e nenhum deles entende a sua saúde como muito boa. Esta autoavaliação do seu estado de saúde permite identificar a forma como o utente encara a sua condição, a compreende e percebe os seus riscos.

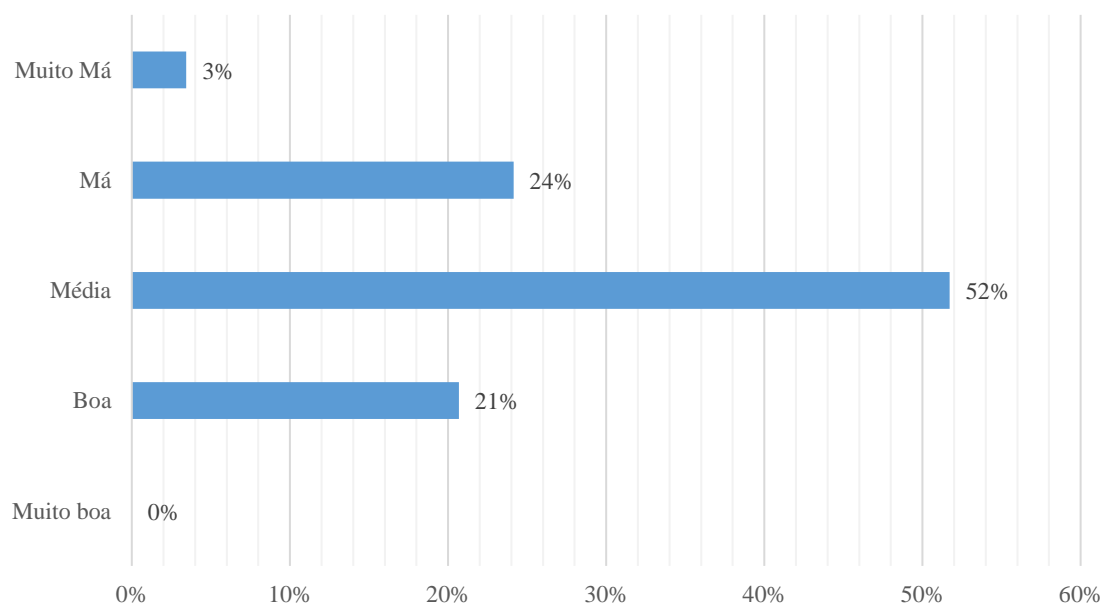


Figura 3. Auto-avaliação do seu estado de Saúde (n=29)

4.4 Análise da adesão à terapêutica pelos idosos inquiridos

Numa segunda fase foi importante conhecer o grau de adesão à terapêutica dos idosos inquiridos através de um questionário previamente validado para a população portuguesa. As respostas obtidas nas sete questões são dadas numa escala de Likert de seis pontos, que varia de sempre=1 a nunca=6 e encontram-se descritas na tabela seguinte. (Tabela 3)

Tabela 3. Resposta à escala de avaliação da adesão ao tratamento - MAT

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	FREQUÊNCIA (%)
1. ALGUMA VEZ SE ESQUECEU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS PARA A SUA DOENÇA	Sempre	0	0%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	2	7%
	Por vezes	7	24%
	Raramente	15	52%
	Nunca	5	17%
2. ALGUMA VEZ FOI DESCUIDADO COM AS HORAS DA TOMA DOS MEDICAMENTOS PARA A SUA DOENÇA?	Sempre	0	0%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	3	10%
	Por vezes	5	17%
	Raramente	13	45%
	Nunca	8	28%
3. ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS PARA A SUA DOENÇA POR SE TER SENTIDO MELHOR?	Sempre	1	3%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	1	3%
	Por vezes	2	7%
	Raramente	6	21%
	Nunca	19	66%
4. ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS PARA A SUA DOENÇA APÓS SE TER SENTIDO PIOR?	Sempre	1	3%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	1	3%
	Por vezes	0	0%
	Raramente	6	21%
	Nunca	21	72%
5. ALGUMA VEZ TOMOU MAIS UM OU VÁRIOS COMPRIMIDOS PARA A SUA DOENÇA, POR SUA INICIATIVA, APÓS SE TER SENTIDO PIOR?	Sempre	0	0%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	0	0%
	Por vezes	1	3%
	Raramente	5	18%
	Nunca	23	79%
6. ALGUMA VEZ INTERROMPEU A TERAPÊUTICA PARA A SUA DOENÇA POR TER DEIXADO ACABAR OS MEDICAMENTOS?	Sempre	0	0%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	0	0%
	Por vezes	2	7%
	Raramente	12	41%
	Nunca	15	52%
7. ALGUMA VEZ DEIXOU DE TOMAR OS MEDICAMENTOS PARA A SUA DOENÇA POR ALGUMA OUTRA RAZÃO QUE NÃO SEJA A INDICAÇÃO DO MÉDICO?	Sempre	0	0%
	Quase Sempre	0	0%
	Com frequência	0	0%
	Por vezes	3	10%
	Raramente	5	17%
	Nunca	21	73%

Quando inquiridos acerca do esquecimento, a grande maioria dos inquiridos, cerca 69%, revela nunca ou raramente ter-se esquecido de tomar os seus medicamentos. Por sua vez, 24% admitiu que por vezes se esquece e os restantes 7% assumiu que se esquece com alguma frequência. Apesar da reduzida dimensão da amostra, estes resultados são concordantes com o descrito num estudo anterior sobre a adesão à terapêutica em Portugal (31), onde 71% dos doentes afirmavam que nunca lhes aconteceu deixar de tomar algum medicamento tal como lhe foi prescrito pelo médico por motivo de esquecimento, assim como os 69% obtidos no presente trabalho de investigação. Ainda nessa análise de 2011, 28,4% admitiram que isso lhes acontece com alguma ou muita frequência, expressando-se da mesma forma nesta investigação com 31% dos inquiridos a afirmar que se esquecem por vezes ou com alguma frequência de tomar a medicação.

O descuido com as horas das tomas também não parece representar uma fonte de preocupação dado que 73% dos idosos afirma que nunca ou raramente isso acontece. Apenas 27% dos utentes admitiram que esta situação ocorre ‘por vezes’ ou ‘com alguma frequência’. Este último resultado é ligeiramente superior ao obtido no estudo acima citado (12,6% admitiu que acontece algumas vezes), o que não implica necessariamente um ponto negativo na forma como os utentes têm vindo a encarar os horários da sua terapêutica, mas talvez represente uma maior abertura do idoso para declarar ao farmacêutico algumas falhas na gestão e administração da sua medicação.

Os utentes, quando questionados sobre se alguma vez deixaram de tomar um dado medicamento por desaparecimento ou agravamento de sintomas, são unânimes (87% e 93% respetivamente) e reportam que este cenário raramente ou nunca acontece. Apenas 1 indivíduo em ambas as situações faz referência à interrupção de uma terapêutica por se ter sentido melhor e/ou pior. Conclusões anteriores mencionam que o facto de se ter sentido melhor é a segunda razão mais apontada para o incumprimento integral da prescrição (31) embora, do mesmo modo que se verifica neste estudo, mais de metade dos inquiridos (74,5%) não declare esta situação.

A questão 5, que se refere a comportamentos de não adesão por excesso, na amostra estudada, parece não ser uma realidade uma vez que 97% dos doentes afirma

que nunca ou raramente tomou mais um ou vários comprimidos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior.

Por sua vez, o item 6 é um bom indicador para identificar se existe esquecimento, comportamentos de desleixo, fraco poder económico ou problemas de acessibilidade que impossibilitem ou dificultem a aquisição de medicamentos. Neste sentido, os resultados são positivos dado que 93% declara que nunca ou raramente interrompeu uma terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos. No entanto, para se identificar de forma mais clara e concreta a existência, ou não, dos comportamentos subjacentes nesta pergunta, foram aplicadas questões mais específicas na seção do questionário onde se avalia as situações relacionadas com os medicamentos que levantam mais problemas.

Finalmente, o item 7 funciona como uma espécie de pergunta aberta, uma vez que pretende abranger outras situações que não se encontrem expressas nos itens anteriores. Neste contexto, existe uma proporção considerável de inquiridos (90%) que afirma nunca ou raramente ter deixado de tomar os medicamentos por nenhuma outra razão que não seja por indicação médica.

Posteriormente, ao aplicar o algoritmo de cotação da escala de MAT, constatou-se que a totalidade dos idosos é aderente à terapêutica (Gráfico 2), distribuindo-se por três diferentes níveis de adesão, de entre os quatro possíveis dos aderentes à terapêutica, correspondendo aos valores 4 a 6 (adere parcialmente a adere completamente). Assim, como se pode observar na Gráfico 2, os níveis 5 e 6 de adesão à terapêutica (45% e 49%, respetivamente), foram os que obtiveram maior frequência.

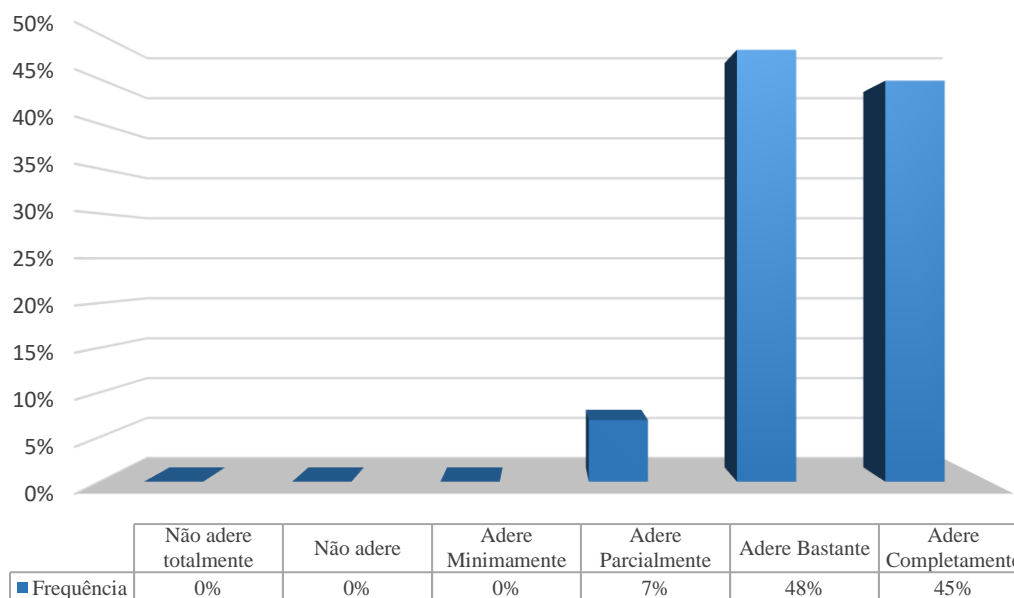


Figura 4. Níveis de adesão da população em estudo (n=29)

Ao relacionarem-se os níveis de adesão com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente com o sexo, grau de instrução dos inquiridos e com o seu isolamento social, constatou-se que o nível de adesão parece ser independente do sexo ($p=0.248$), do grau de escolaridade e da dimensão do agregado familiar.

Por sua vez, a percepção do doente face à sua própria doença e ao seu tratamento pode influenciar a maior ou a menor expressão dos preditores de adesão à terapêutica no cumprimento de uma dada prescrição, pelo que é importante avaliar a relação entre a percepção do seu estado de saúde e os níveis de adesão. No entanto, ao realizar esta análise também não se identificou uma associação entre estas variáveis ($p=0.640$). Contudo, estes dados devem ser interpretados com a devida precaução, já que a ausência de significado estatístico das associações em estudo pode ser devida à reduzida dimensão amostral.

Uma vez que 59% dos idosos reportaram ter alterado a sua medicação no último ano, é importante averiguar se este é um fator associado a níveis de adesão à terapêutica mais baixos. Desta forma, ao proceder-se à análise destas duas variáveis constatou-se que a mudança do esquema terapêutico não está relacionada com a melhor ou pior adesão dos inquiridos ($p=0,666$). À parte de ser um potencial fator desencadeante de fraca adesão à terapêutica, estes indicadores revelam ser bons preditores do

acompanhamento e aconselhamento bem-sucedido do farmacêutico durante a dispensa de nova medicação.

Variáveis como a frequência de consultas com o médico de família ($p=0,405$) e/ou de especialidade ($p=0,737$); de ida às urgências ($p=0,489$) e de internamento hospitalar no último ano ($p=0,284$), também não se mostraram relacionadas com os níveis de adesão à terapêutica dos idosos.

Relativamente ao acesso aos cuidados de saúde primários, 31% dos indivíduos considera difícil ou muito difícil a marcação de consultas com o seu médico. De acordo com a análise desta variável com os níveis de adesão obtidos foi possível verificar que o reporte desta dificuldade não parece comprometer o cumprimento da terapêutica por parte dos idosos inquiridos ($p=0,212$). Mais uma vez, o farmacêutico apresenta um papel preponderante neste âmbito através do seguimento farmacoterapêutico que permite identificar problemas relacionados com os medicamentos (PRM) bem como prevenir e resolver os efeitos negativos associados à medicação.

4.5 Avaliação da gestão da medicação dos idosos inquiridos

Uma vez que uma baixa capacidade de gerir a medicação pode contribuir para um compromisso da adesão à terapêutica, foi importante conhecer as maiores dificuldades dos idosos durante todo o processo de gestão, desde a aquisição dos medicamentos na farmácia, até ao seu manuseamento e organização em casa, antes e durante a sua administração.

Os dados obtidos e apresentados na tabela 3 ilustram que manusear as embalagens dos medicamentos, isto é, abrir ou fechar as mesmas é uma tarefa considerada “fácil” ou “muito fácil” por cerca de 90% dos utentes inquiridos. Apenas 2 idosos referiram dificuldade na abertura e fecho das embalagens. Apesar de não estar contemplado neste trabalho, seria interessante perceber que tipo de embalagens são as que causam maiores complicações durante o seu manuseamento e se esta dificuldade é um obstáculo para o cumprimento da terapêutica, podendo a farmácia assumir aqui um papel relevante, contribuindo para ultrapassar esta dificuldade, se necessário, em conjunto com o médico assistente do doente.

Curiosamente e contrário ao descrito em estudos anteriores (31), que revelam que perto de metade dos portugueses admite que o esquecimento é o principal motivo

que pode levar a não seguir totalmente as indicações dadas pelos médicos, a maioria dos idosos inquiridos (cerca de 83%) afirmam que lembrar-se de tomar a medicação é uma tarefa igualmente fácil. Do mesmo modo, a administração concomitante de vários fármacos é considerada igualmente como “fácil” para 24 dos 29 utentes. Importa considerar que, por se tratar de um questionário administrado pelo farmacêutico, estes resultados podem estar a ser influenciados pelo medo de censura do utente por parte do profissional de saúde, ou seja, pelo viés da desejabilidade social.

A aquisição dos medicamentos na farmácia e a sua posterior organização em casa também não é identificado como um problema para a maioria dos idosos inquiridos. Por sua vez, quando se aborda a falta de recursos económicos, 24% destes admite ser difícil ter dinheiro para comprar a medicação, por oposição aos outros 55% que consideram fácil. Estes resultados estão de acordo com o descrito noutros trabalhos, que identificaram que 33% dos doentes crónicos reconhecem abdicar de tomar a medicação por motivos económicos.(31)

Relativamente ao novo sistema de receitas eletrónicas (receitas sem papel), estas novas prescrições podiam igualmente ser preditores de uma fraca adesão á terapêutica pelo que foi pertinente averiguar a facilidade dos idosos em compreendê-las. De facto, a grande maioria refere ter facilidade em compreender estas receitas e em controlar o número de caixas que falta para levantar, o que nos leva a colocar a hipótese de que o acompanhamento farmacêutico neste âmbito está a ser conduzido com sucesso.

Tabela 4 Análise da capacidade de gestão da medicação da população em estudo

	MUITO DIFÍCIL		DIFÍCIL		NEM FÁCIL, NEM DIFÍCIL		FÁCIL		MUITO FÁCIL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ABRIR OU FECHAR AS EMBALAGENS DOS MEDICAMENTOS	1	3%	1	3%	1	3%	12	41%	14	48%	29	100
LEMBRAR-SE DE TOMAR OS MEDICAMENTOS	0	0	2	7%	3	10%	11	38%	13	45%	29	100
TOMAR MUITOS COMPRIMIDOS AO MESMO TEMPO	0	0	4	14%	1	3%	11	38%	13	45%	29	100
ORGANIZAR OS MEDICAMENTOS EM CASA	0	0	1	3%	1	3%	12	41%	15	52%	29	100
A FARMÁCIA TER OS SEUS MEDICAMENTOS	0	0	1	3%	0	0	10	34%	18	62%	29	100
TER DINHEIRO PARA COMPRAR OS MEDICAMENTOS	1	3%	6	21%	6	21%	9	31%	7	24%	29	100
CONSEGUIR CONSULTA PARA RENOVAR RECEITAS	2	7%	3	10%	4	14%	12	41%	8	28%	29	100
ENTENDER AS RECEITAS ELETRÔNICAS	3	10%	4	14%	2	7%	12	41%	8	28%	29	100
CONTROLAR O NÚMERO DE CAIXAS QUE AINDA FALTA LEVANTAR	2	7%	2	7%	1	3%	16	55%	8	28%	29	100

5 Conclusões

Devido a uma profunda alteração no perfil sociodemográfico da sociedade, com um aumento da proporção de indivíduos idosos em relação à população total, as temáticas da polimedicação, gestão da medicação e adesão à terapêutica estão cada vez mais na ordem do dia. Na verdade, para além da toma concomitante de vários medicamentos e da vulnerabilidade inerente ao envelhecimento biológico, que se afirma progressivo e de profundas alterações morfológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais, a complexidade da terapêutica é considerável e pode, por isso, comprometer a adesão à terapêutica por parte da população idosa.

Desta forma, o presente trabalho teve como principal objetivo conhecer a extensão da problemática da adesão à terapêutica na população idosa portuguesa através da avaliação do cumprimento da terapêutica de uma amostra populacional. Foi igualmente pertinente estudar a existência de potenciais fatores de incumprimento terapêutico e relacionar essas variáveis com os níveis de adesão obtidos.

Esta investigação por se tratar de uma análise preliminar dos resultados do estudo piloto de um trabalho de maior escala, apresenta como principal limitação a reduzida dimensão da amostra, uma vez que comporta apenas 29 inquiridos. Além do mais, este estudo foi conduzido através de um questionário com perguntas maioritariamente de tipo fechado o que pode levar as pessoas a escolher de preferência as respostas socialmente mais valorizadas e, por isso, existir subestimação de problemas. No fundo, é importante continuar a aplicar este modelo a mais idosos, de forma a aumentar a amostra e assim chegar a resultados mais robustos.

Constatou-se, com os dados alcançados, que os idosos inquiridos aderem, na sua grande maioria, à terapêutica, ainda que com diferentes níveis de adesão, sendo 93% completamente ou bastante aderentes à mesma. É de salientar que estes resultados são concordantes com estudos anteriores (31) que reportam taxas de plena adesão à terapêutica de 88%. Contudo, sabe-se de investigações prévias que 33% da população de doentes crónicos abdica de adquirir determinados fármacos por fatores económicos e 20 a 25% admite consumir medicamentos por recomendação de amigos, vizinhos e/ou familiares.(31) Estes números são na verdade um contrassenso aos resultados obtidos o que permite inferir que há um certo constrangimento por parte do utente em expor os

seus hábitos e erros, no que diz respeito à gestão da sua terapêutica e adesão, ao profissional de saúde.

Em suma, é de realçar que o farmacêutico desempenha um papel crucial no que respeita ao cumprimento por parte dos utentes das recomendações fornecidas pelo médico e na adesão a terapêuticas que são frequentemente complexas e de longa duração. No fundo, este é o profissional de saúde mais próximo do cidadão e capaz de o educar no sentido de o fazer adotar um comportamento adequado face à sua doença e tratamento. Esse investimento na incorporação e melhoria da comunicação com os doentes, assim como da própria informação, acaba por trazer benefícios a longo prazo para o próprio utente, ao contribuir para diminuir a ocorrência de reações adversas e internamentos hospitalares, bem como reduzir despesas e proporcionar uma melhor qualidade de vida.(31)

Referências Bibliográficas

1. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde e Doenças*. 2001;2(2):81–100.
2. INE. O Envelhecimento Po r t u g a l Situação demográfica e socio-económica pessoas idosas.
3. INE. Estatísticas Demográficas 2014. 2014.
4. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clínica Geral*. 2011;27:176–82.
5. Santos M, Almeida A. Polimedicação no idoso. *Rev Enferm Ref [Internet]*. 2010;III Série(nº 2):149–62.
6. Abrantes MFB. Seguimento farmacoterapêutico em idosos polimedicados. 2013;
7. Hajjar. RLMJJTHER. Clinical consequences of polypharmacy en elderly. 2014;13(1):1–11.
8. Roder DM. The epidemiology of polypharmacy. *Gastric Cancer [Internet]*. 2002;5(1):5–11.
9. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly : a systematic review protocol. 2016;
10. Rollason, V. e Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. In: *Drugs Aging*. 2003. p. 817–32.
11. Ljg V, Re S, Fm H, The MJB. The development of polypharmacy . LJG Veehof , RE Stewart , FM Haaijer-Ruskamp and B Meyboom-de Jong. 2000;17(3).
12. Gnjidic D, Couteur DG Le. Deprescribing Trials : Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and. CGM. Elsevier; 2012;28(2):237–53.
13. Fialová D, Onder G. Medication errors in elderly people : contributing factors and future perspectives. 2009;641–5.
14. Hovstadius B, Petersson G. Factors Leading to Excessive Polypharmacy. CGM. Elsevier; 2012;28(2):159–72.

15. Monane M, Monane S, Lake W. SUCCESSFUL AGING Optimal Medication Use in Elders Key to Successful Aging.
16. Molokhia M, Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. *BMC Family Practice*; 2017;1–9.
17. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions : population database analysis 1995 – 2010; 2015;1–10.
18. De Oliveira Martins S, Soares MA, Foppe Van Mil JW, Cabrita J. Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients - Effect of the Beers criteria update. *Pharm World Sci*. 2006;28(5):296–301.
19. CEFAR. Analisando o saco de medicamentos dos idosos. *Farmácia Obs*. 2009;23:5.
20. MENDES, Z.; GUEDES, S.; MARQUES, F. B.; MIRANDA A (CEFAR). A terapêutica e custos no idoso polimedicado. *Farmácia Obs*. 2009;23:6–7.
21. Hovstadius B, Åstrand B, Petersson G. Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population : an individual-based register study. 2009;10:1–10.
22. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in Elderly Patients. 5(4):345–51.
23. Odubango E, Bennett K, Feely J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly – a population based study. 2004;
24. Rolevski M, Kučević B, Boljević G, Mugoša S, Mikov M. Potentially inappropriate medication use in the elderly in Montenegro. *BMC Pharmacol Toxicol*
25. Hilmer SN, Gnjjidic D. The Effects of Polypharmacy in Older Adults. 2009;85(1):86–8.
26. Gnjjidic D, Le Couteur DG, Pearson S-A, McLachlan AJ, Viney R, Hilmer SN, et al. High risk prescribing in older adults: prevalence, clinical and economic implications and potential for intervention at the population level. *BMC Public Health* [Internet]. *BMC Public Health*; 2013;13(1):115.
27. MCVEIGH D. Polypharmacy in the older population: recommendations for

- improved clinical practice. *Top Emerg Med.* 2001;23:68–75.
28. World Health Organization 2002 TUMC. The IMPORTANCE of PHARMACOVIGILANCE Safety Monitoring of medicinal products. 2002;
 29. Florence T Bourgeois, Michael W Shannon, Clarissa Valim KDM. Adverse Drug Events in the Outpatient Setting: An 11-Year National Analysis. 2011;19(9):901–10.
 30. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. 2005;16:311–3.
 31. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. A adesão à terapêutica em portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas (conclusões). *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2011;162(3):304–14.
 32. Almeida HO De, Versiani ER, Dias ADR, Rita M, Garbi C. Adesão a tratamentos entre idosos. 2007;18(1):57–67.
 33. Who. Defining adherence. Who [Internet]. 2003;1–28. Available from: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/?
 34. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2003;2(4):323.
 35. Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet.* 2003;8(3):775–82.
 36. Descriptive A, Study M, Salinero-fort MA, Martı C, Burgos-lunar C De, Pau EC, et al. Prevalence of Adherence to Treatment in Homebound Elderly People in Primary Health Care. 2010;27(8):641–51.
 37. Obreli-neto PR, Baldoni ADO, Guidoni CM, Bergamini D, De K, Hernandez C, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia Methods for estimating adherence to the pharmacotherapy. 2012;93(4):403–10.
 38. Original A. TERAPÊUTICA. 2011;2009–12.
 39. Diaz E, Levine HB, Sullivan MC, Sernyak MJ, Hawkins KA, Cramer JA, et al. Use of the Medication Event Monitoring System to estimate medication compliance in patients with schizophrenia. 2001;26(4):325–9.

40. Borges FSG. Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica. 2011;
Available from: <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/885>
41. Margarida J, Santos M. Contributo para a elaboração de um Guia de Boas Práticas na visita domiciliária a idosos isolados polimedicados - Gestão da Medicação. 2014;

Anexos

A1.

**Questionário: // Farma::Med-
Conheça os Seus Medicamentos**



Farma::Med: Conheça os seus medicamentos

Carimbo da Farmácia:

Sugestão de texto a ler ao participante para introduzir a aplicação do questionário:

"Para que os seus medicamentos o ajudem a manter a sua saúde, é muito importante que os conheça e que saiba como os tomar. Por isso, gostaríamos de lhe colocar algumas perguntas para o poder ajudar a tomá-los da forma mais correcta. Muito obrigada pela sua participação!"

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado/Unido de facto ☐ Separado/Divorciado ☐ Viúvo

4. Concelho de residência: _____

5. Como define o meio onde reside: ☐ Uma grande cidade ☐ Uma pequena cidade ☐ Uma vila /aldeia ☐ No campo

6. Ciclo de Escolaridade que completou: ☐ Não completou o ensino Básico ☐ Ensino Básico ☐ Secundário ☐ Superior

6.1 Se não completou o ensino básico, sabe ler e escrever? ☐ Sim ☐ Não

7. Dimensão do agregado familiar: quantas pessoas vivem consigo em sua casa? _____

8. Quem vive consigo? ☐ Ninguém ☐ Cônjuge ☐ Familiar ☐ Cuidador remunerado ☐ Amigo(a) ☐ Outro _____

9. Tem médico de família? ☐ Sim ☐ Não

10. Em relação Às consultas médicas, onde é seguido habitualmente?

☐ Centro de Saúde ☐ Hospital público ☐ Hospital Privado ☐ Consultório particular/clínica

11. **No último ano:**

11.1 Quantas consultas teve no seu médico de família? ☐ Menos de 1 por mês ☐ 1 por mês ☐ Mais de 1 por mês

11.2 Teve alguma consulta num médico especialista, ou num hospital (excluindo episódios de urgência)? ☐ Sim ☐ Não

11.3 Recorreu alguma vez à urgência (hospital/SAP)? ☐ Sim ☐ Não

11.4 Teve algum internamento hospitalar, por motivo de doença? ☐ Sim ☐ Não

11.5 Houve alguma alteração na sua medicação habitual? ☐ Sim ☐ Não

12. Como classifica actualmente o seu estado de saúde?

Muito bom	Bom	Médio	Mau	Muito mau
1	2	3	4	5

13. Quando precisa de marcar uma consulta para o seu médico, considera que fazê-lo é:

Muito difícil	Difícil	Nem fácil, nem difícil	Fácil	Muito fácil
1	2	3	4	5

As seguintes situações podem levantar problemas com os medicamentos.

14. Por favor assinale com uma cruz o que sente em relação a cada uma delas:

	Muito difícil	Difícil	Nem fácil, nem difícil	Fácil	Muito fácil
Abrir ou fechar as embalagens dos medicamentos					
Lembrar-se de tomar os medicamentos					
Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo					
Organizar os medicamentos em casa					
A farmácia ter os seus medicamentos					
Ter dinheiro para comprar os medicamentos					
Conseguir consulta para renovar as receitas					
Entender as receitas electrónicas					

SOBRE OS SEUS MEDICAMENTOS

15. Onde guarda os seus medicamentos?

☐ Sala ☐ Quarto ☐ Cozinha ☐ Casa de Banho

16. Utiliza algum serviço da farmácia que o ajude a controlar a sua doença? ☐ Sim ☐ Não

16.1 Se sim, qual(ais)? _____

17. Utiliza algum serviço da farmácia que o ajude a controlar a sua medicação?

17.1 Se sim, qual(ais)? _____

18. Utiliza algum apoio para organizar e/ou se lembrar a medicação que tem de tomar? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

Se sim, qual(ais)? _____

(ex: alarme de telemóvel, caixa de medicamentos para o dia, folha de registo, etc)

19. Sente que precisa da ajuda de outra pessoa para tomar os seus medicamentos? ☐ Sim ☐ Não

19.1 Se sim, para quê? _____

(ex: preparar caixa, administrar, fraccionar os comprimidos, etc)

19.2 Se sim, quem o auxilia na toma da sua medicação? _____

20. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

21. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

22. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

23. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

24. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

25. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

26. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

27. Que estratégias usa para se lembrar de tomar a sua medicação? (em função da resposta do doente, pf assinale o que mais se aplica)

Estratégia de Memória	Frequência		
	Nunca (1)	Às vezes (2)	Sempre (3)
Uso Caixa dos medicamentos (caixa diária/semanal de organização dos medicamentos em função da sua posologia, já fora das caixas originais)			
Associação (atividade/evento em simultâneo ou subsequente à toma do medicamento)			
Lembrete (algo físico que lembre a toma da medicação: papel, alarme, luz...)	_____		_____
Localização (local fixo para guardar a medicação)	..		
Planeamento mental (lembrete mental ao longo do dia para não se esquecer de tomar a medicação)			
Necessidade física (só toma a medicação quando sente falta dela, por desconforto ou mesmo dor física)	_____		_____
Visibilidade (localização dos medicamentos muito visível de modo que, ao passar por lá, tem necessariamente de os ver e lembra-se de os tomar)	.		

28. Em relação aos medicamentos que está a usar:

- ☐ Mantém-os na embalagem original, como comprou na farmácia
- ☐ Retira-os da caixa (embalagem de cartão original)

28.1 Se respondeu que os retira da embalagem original, como os organiza? _____

29. Porque se esquece de tomar a sua medicação?

- ☐ Alterações na sua rotina (nas atividades do dia-a-dia)
- ☐ Estar fora de casa por mais do que 1 dia (fins de semana, férias)
- ☐ Acontecimentos inesperados
- ☐ Stress / vida preenchida

A2.

Diretrizes Metodológicas para Implementação do estudo



Directrizes Metodológicas para implementação do estudo

// Farma::Med- Conheça os Seus Medicamentos

DATA: a partir de 1 de junho 2017

LOCAL: Farmácia

RESPONSÁVEL pelo estudo na farmácia: A definir pela farmácia

SEGMENTAÇÃO: utentes com 65 ou anos, que tomem pelo menos um medicamento de forma continuada^(*).

^(*) Há pelo menos 3 meses

RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Questionários e link para acesso electrónico ao formulário
- <https://goo.gl/forms/6unVvW2NhJa3ba1g2>
- Documento de ajuda visual
- Farmacêutico(s) responsável(eis) pela aplicação do estudo
- Doentes com pelo menos 1 medicamento tomado de forma continuada

DINÂMICA DA AÇÃO:

- Inscrição para participação através do link: <https://goo.gl/forms/9TzEuhskPbVi3wXB3>
- Após preenchimento do link acima indicado, irá receber um email com toda a documentação necessária para a implementação do estudo na farmácia
- Verificar documentação enviada. Em caso de dúvida contactar DSF-FFULisboa (f.duarteramos@ff.ulisboa.pt)
- Identificar doentes elegíveis para integrar o estudo.
- Convidar os doentes a colaborarem no estudo (a partir de 1 de junho)
- Aos doentes que aceitem participar:
 - Agendar o seu regresso à farmácia.
 - Combinar o dia e hora com o doente para o seu regresso à farmácia e realização do estudo.
 - Pedir para trazerem TODOS os medicamentos que tomam (MSRM e MNSRM).
 - Caso tenham, deverão trazer também a guia de tratamento passada pelo médico, uma lista da sua medicação ou qualquer outro documento com indicação da medicação que tomam.
- Aplicar o questionário. Questionar, observar e registar.



- Preencher a folha de registo de toma da medicação e entregar ao doente
- No final do questionário perguntar se o doente tem alguma questão a colocar.
- Quanto tiver os 20 doentes avaliados, ou dia 31 de Julho, colocar os questionários preenchidos num envelope e devolver para:

Professora Filipa Duarte Ramos

Faculdade de Farmácia da ULisboa - Departamento de Sócio Farmácia

Avenida Professor Gama Pinto

1649-003 Lisboa

- Caso opte pelo preenchimento do formulário electrónico enviado através do link, dispensa o envio de questionários.

RESULTADOS:

Os resultados do estudo serão publicados e partilhados com as farmácias participantes.

Em caso de dúvida contacte:

- Prof. Filipa Duarte-Ramos: f.duarteramos@ff.ulisboa.pt

Equipa de Investigação:

- Prof. Filipa Duarte-Ramos (investigador responsável)
- Prof. Sofia Oliveira Martins
- Prof. Fernando Fernandez-Llimos
- Joana Fernandes
- Jessica Roque
- Andre Marques